

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

871

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel FOLMAN

Né le 12 Septembre 1934, à PARIS

Interne des Hôpitaux Privés de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1961

**BASES ANATOMIQUES,
ETIOPATHOGÉNIQUES, CLINIQUES
ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DES PROLAPSUS GÉNITAUX**

Président de Thèse : Monsieur FUNCK-BRENTANO (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

Michel FOLMAN

Né le 12 septembre 1934 à Paris
Interne des Hôpitaux Privés de Paris

--:

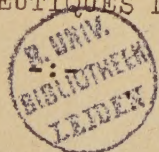
Présentée et soutenue publiquement
le

--:

BASES ANATOMIQUES, ETIOPATHOGENIQUES, CLINIQUES

ET

INDICATIONS THERAPEUTIQUES DES PROLAPSUS GENITAUX



Président de Thèse : Monsieur FUNCK-BRENTANO
(Professeur)

--:

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS VI°
1961



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon)	SICARD (A)
(Cochin)	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL
(Saint-Antoine)	GOSSET (J)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		GARCIN (R)
	(Cochin	BROUET
	(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales	(Broussais	SOULIE (P)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(St-Antoine	KOURILSKY (R)
	(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique		de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID
Cliniques	(Baudelocque	LACOMME (M)
obstétricales	(Port-Royal	VARANGOT
	(Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.		LEPAGE
Clinique ophtalmologique		RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire		TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX (L)
Clinique de puériculture		LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)		COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale		DJOURNO (A)
Embryologie		GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		de SEZE
Histologie		VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie.....	{ CABROL (C)
	{ COUINAUD (C)
	{ OLIVIER (G)
	{ GAUTHIER-VILLARS
	{ (Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique.....	{ BUSSER (F)
	{ GOUYGOU (Ch)
	{ ORCEL (L)
	{ PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	{ VOURC'H (G)
	{ NEVOT (A) pr. s. ch.
Bactériologie.....	{ BARBIER (P)
	{ CHRISTOL (D)
	{ TOURNIER (P)
	{ DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	{ POLONOVSKI (J) m. conf.
	{ SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	{ DENOIX (P)
Carcinologie.....	{ MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M) (RACADOT (J)
Hydrologie.....	CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch.
Hygiène.....	(CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R)
Maladies infectieuses.....	(DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale.....	(HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C)
Neurologie.....	LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G)
Obstétrique.....	MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie.....	(BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R)
Orthopédie.....	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie.....	DEBAIN (J)
Parasitologie.....	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale.....	(FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G)
Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J)

MM.

Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J) (HARTMANN (L) (LOEPER (J) (MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	(PLAS (F) (RICHT (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H) m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J) pr.s.ch. (BOISSIER (J) (LECHAT (P) (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf. (KREIS (B) (FICHOT (P) (DUCHE (D) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A) m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (QUENU (L)
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-}	(MADURO (R)
Clinique médicale	(ROUX (M)	rhino-laryng.}	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé-	(LAPLANE (R)
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et }	
	pr.s.ch.	puériculture }	(BARUK (H)
	(DOMART (A)	Clinique }	
	(PERRAULT (M)	psychiatrique }	(KUSS (R)
	(RAMBERT (P)	Clinique }	
	(THIEFFRY (S)	urologique }	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
 Biochimie médicale..... ETTORI (J) pr. à t.pers.
 Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
 Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G)
 Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
 de la bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)
 Conservateurs..... Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
 Bibliothécaires..... Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
 qui lui seront présentées, doivent être considérées
 comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
 donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,

Louis FOLMAN,

mort en déportation.

A ma Mère,

Qui sut toujours résister aux difficultés rencontrées dans sa vie,
qui ne cessa et ne cesse de me prodiguer ses encouragements.

A celle qui m'a toujours dit que les plus hautes qualités du médecin étaient celles du coeur,

Qu'elle trouve ici l'expression de ma gratitude et de ma vive affection.

A ma Soeur,

toute mon affection

Meis et amicis

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur P. FUNCK-BRENTANO
Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Commandeur de la Légion d'honneur,

Je le remercie respectueusement
du grand honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de
cette thèse.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur E. THEILLIER,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph,

Qui m'a inspiré ce travail.

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance pour l'enseignement
qu'il m'a donné.

A Monsieur le Professeur P. MILLIEZ,

Médecin de l'Hôpital Beaujon,

En témoignage de reconnaissance
pour l'enseignement qu'il
m'a donné.

A Monsieur le Docteur H. BILLET,

Chirurgien de l'Hôpital Marmottan,

Qui me fit aimer la chirurgie ;
Qu'il trouve ici l'expression de
mon respectueux attachement et
de ma reconnaissance pour l'en-
seignement qu'il m'a donné.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. MOULONGUET,
Chirurgien de l'Hôpital Gouin,

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres dans les hôpitaux

Stagiaire :

Monsieur le Professeur F.M. CADENAT,
Monsieur le Professeur MOREAU,
Monsieur le Professeur DEBRE,
Monsieur le Professeur COSTE,
Monsieur le Professeur MOLLARET,
Monsieur le Docteur BENDA

Externat :

Monsieur le Docteur BILLET,
Monsieur le Professeur Agrégé FAUREL,
Monsieur le Professeur MERKLEN,
Monsieur le Professeur RENARD,
Monsieur le Professeur MILLIEZ,
Monsieur le Docteur WORMS,
Monsieur le Docteur CATTAN,
Monsieur le Docteur Jean WEILL,
Monsieur le Docteur J. SAILLET

Internat des Hôpitaux privés de Paris :

Provisoire :

Monsieur le Professeur Agrégé MOULONGUET,
Titulaire : 1er semestre, 1ère année :
Monsieur le Docteur E. THEILLIER

Monsieur le Docteur MARCHAK
Monsieur le Docteur DEBOST
Monsieur le Docteur MERGAULT

BASES ANATOMIQUES, ETIOPATHOGENIQUES, CLINIQUES
ET
INDICATIONS THERAPEUTIQUES DES PROLAPSUS GENITAUX

-:-

Vulgairement considérés comme des "descendentes de matrice", les prolapsus génitaux affectent des types divers, traduisant avant tout l'insuffisance périnéale.

C'est une affection fréquente, dont le diagnostic est simple, mais qui évolue avec le temps, et dont le traitement n'est pas toujours radical, comme en témoignent le nombre des interventions proposées, et la possibilité de leurs échecs.

o

HISTORIQUE

1°/ L'utérus est longtemps considéré comme l'origine du trouble, et on enlève ce dernier par hystérectomie vaginale.

Celle-ci est rejetée au Congrès de 1896 par RICHELLOT, alors que BOUILLY, POZZI et d'autres auteurs proposent des réfections périnéales associées à une section du col ou à une amputation du vagin.

2°/ Dans un deuxième temps, on insiste sur les releveurs de l'anus, dont la suture est particulièrement préconisée (DELBET, PROUST DUVAL).

Ainsi se constitue la triple opération ou méthode française (WALTHER), qui associe colporraphie antérieure et périnéorraphie postérieure à un temps abdominal (Rapport de

de BEGOUIN et SAVARIAUD, 1923 - Congrès français de chirurgie).

3°/ La thèse de ROUVILLOIS en 1939 fait déjà une excellente étude des procédés mis en oeuvre en France et à l'étranger en reprenant leurs bases anatomiques et étiopathogéniques

4°/ Depuis la guerre, les Assises françaises de Gynécologie de 1954, le Congrès de Gynécologie de Marseille (1957), ont précisé le rôle des ligaments utérins et du tissu conjonctif du pelvis et la thérapeutique des prolapsus après hystérectomie.

5°/ Notons qu'à l'étranger, d'autres idées ont prévalu, aboutissant à des techniques d'usage classiquement peu répandu en France (Interpositions - colpectomies).

o

ETIOLOGIE

Les prolapsus génitaux sont dus à une déficience tissulaire, parfois congénitale, presque toujours acquise.

A/ Rappel anatomique :

Pour comprendre cette déficience qui avait fait comparer autrefois prolapsus et hernie, il faut rappeler :

1 - l'orientation utérine, avec sa double courbure :

- . Antéflexion de 120°
- . Antéversion de 90°, calant le col sur la paroi postérieure du vagin, appuyant le corps sur le hamac vésical, et par l'intermédiaire de celui-ci, accolant les deux parois vaginales.

- Tout redressement utérin risque de mettre

l'utérus dans l'axe de la filière utéro-vaginale et de permettre sa chute progressive ;

2 - le système de suspension du corps :

- par les ligaments ronds, bien plus orienteurs que suspenseurs, et de consistance d'ailleurs très variable ;

- par les ligaments larges, porte-vaisseaux, fragiles sauf dans leur partie postérieure et basse plus résistante, et dont on a retrouvé avec l'importance les noms anciens de ligaments cardinaux de Roks ou deligaments suspenseurs de Mackenrodt ;

3 - le système de suspension du col, le plus important, avec ses lames, sacro-recto-pubiennes, dont la partie postérieure, les utéro-sacrés, solidement insérés sur l'isthme et le col, sera très utilisable opératoirement ;

4 - le système de soutènement, constitué par un diaphragme musculo-aponévrotique. Relèveurs de l'anus, dont les fibres verticales, élévatrices soutiennent le noyau fibreux central ; dont les fibres internes forment une sangle autour du vagin, qu'elles contribuent à aplatir ;

5 - le noyau fibreux central du périnée : carrefour fibreux des sphincters vulvaire en avant, anal en arrière et des muscles transverses du périnée, le noyau fibreux adhère à la paroi vaginale postérieure qu'il soulève et s'oppose à la béance de la vulve (coin périnéal capital)

B/ Circonstances étiologiques :

- Les circonstances qui altèrent ce dispositif complexe sont :

1/ Avant tout les accouchements :

Même en éliminant les déchirures périnéales

immédiatement et correctement traitées, il demeure :

- la surdistension tissulaire des accouchements lents,
- le décollement des espaces normalement unis par du tissu cellulaire (vagin-rectum),
- les ruptures musculaires interstitielles inapparentes, (périnée "en peau" de Jayle)
- les accouchements d'enfants volumineux chez des femmes trop âgées, ayant moins de souplesse tissulaire, ou les accouchements trop rapprochés,
- Rétroversion progressive secondaire à l'accouchement,
- Peut-être même, le lever précoce, qui, pour ROUHIER, serait facteur de mauvaise involu-
tion utérine.

2/ Mais l'accouchement est un antécédent souvent lointain de la vie des opérées. Le prolapsus apparaît 15 ou 20 ans après. On doit faire jouer un rôle à une dystrophie tissulaire progressive (affaiblissement tissulaire progressif, amaigrissement), avant même la sénilité.

3/ Les efforts, répétés, travaux pénibles, port de fardeaux, métiers exigeant la station debout, la constipation opiniâtre ont certainement leur part.

4/ On a signalé la fréquence des prolapsus chez des femmes à musculature médiocre en général, avec peau ayant des vergetures, femmes ptosiques: "Insuffisance physiologique" de Tuffier, symptôme local d'une déchéance générale (RICHELOT), ce même, chez des femmes jeunes.

5/ Enfin, on ne peut négliger un rôle possible de certaine typologie féminine (cambrure corporelle, position postérieure de la vulve et du vagin ; brièveté du coin périnéal), avec

profondeur exagérée du Douglas.

6/ Le rôle des poussées congestives pelviennes (COTTE), de l'infection annexielle (DELBET), qui épaissiraient paramètre et lymphatiques pour les laisser ensuite plus distendus, est possible.

7/ Il faut mettre tout à fait à part certains prolapsus hors série : le prolapsus des vierges et multipares, demandant des conditions spéciales d'aplasie périnéale et d'effort (TRELAT, ERTZBISCHOFF), diffère de celui des multipares très âgées à musculature déficiente ; les prolapsus coexistant avec tumeurs ovariennes malignes et ascite (BOURSIER) ; les prolapsus associés génitaux et rectaux, survenant souvent sur un terrain névrotique (LENORMANT).

o

MECANISME

- A/ L'insuffisance des moyens de soutènement est capitale :
- a) Le plancher pelvien est amoindri, le coin périnéal affaissé, la commissure postérieure s'écule. Il n'y a donc plus d'appui pour le vagin, lors de l'effort.
 - b) La paroi vaginale non soutenue, glisse et se "déroule". Cette colpocèle antérieure emmène avec elle la vessie qui lui adhère et la paroi postérieure de l'urètre : d'où cystocèle simple, ou urétrocystocèle.
 - c) Puis, apparaît à la vulve béante la paroi postérieure : colpocèle postérieure qui peut entraîner avec elle le rectum : Rectocèle.
 - d) Ces éléments préparent la descente de l'utérus, déjà aidée par l'insuffisance de ses

moyens d'orientation et le redressement des courbures.

e) Dans quelques cas beaucoup plus rares, ce glissement vaginal n'est pas le premier temps. Il y a hernie presque directe à travers les orifices trop béants. Ce sont les hernies par "pulsion" (HUGUIER), dont un type est l'élytrocèle (Hernie du cul-de-sac de Douglas dans le vagin) ;
ou l'exceptionnelle hystérocèle pure (Hernie de l'utérus total).

B/ En fait, les deux mécanismes de déroulement et pulsion s'associent ou se complètent souvent.

o

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A/ Prolapsus par déroulement ou glissement :

1/ Il est classique -(BÉGOUIN et SAVARIAUD), de distinguer trois degrés dans les prolapsus :

1er degré : l'utérus est abaissé, mais demeure encore intra-vaginal.

2ème degré : le col apparaît à l'orifice vulvaire.

3ème degré : l'utérus est extériorisé, se remet difficilement en place, ou même a perdu "droit de cité".

2/ Il est plus juste (HUGUIER) de distinguer :

- l'urétrocèle isolée (très rare).
- l'urétrocystocèle (très fréquente)
- le prolapsus total antérieur (forme précédente avec saillie extériorisée de la lèvre

antérieure hypertrophiée du col) ;

- le prolapsus vraiment total où tout l'utérus apparaît au dehors, doublé en avant d'une part, de la vessie, en arrière associé à une rectocèle.

B/ Prolapsus par pulsion simple, exceptionnels :

- Rectocèle isolée
- Elytrocèle.

C/ Prolapsus plus complexes où s'ajoutent des désordres supplémentaires :

- Urinaires : la paroi antérieure de l'urètre tenant à la symphyse, et la paroi postérieure étant amenée avec la vessie, d'où incontinence d'urines (25 pour 100 des cas)

Rarement, il s'agit d'une condure de l'uretère avec répercussion rénale ;

- Utérins : le col peut être hypertrophié, surtout au niveau de sa lèvre antérieure
l'isthme et le col peuvent au contraire être atrophiques, mais très allongés,
l'utérus peut porter des lésions diverses : fibrome ou cancer, ou des lésions annexielles au voisinage ;

- Anaux : par déchirure du sphincter, au moment de l'accouchement, incontinence relative plus ou moins grave.

Ces lésions associées impliquent toujours des modifications thérapeutiques.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES DES PROLAPSUS GENITAUX

-:-

Le traitement des prolapsus est essentiellement chirurgical, mais, comme dans toute chirurgie plastique, les indications opératoires ne doivent être posées qu'après une étude soigneuse de chaque cas. Il existe, en effet, des risques vitaux chez la femme âgée ; il existe surtout des conséquences fonctionnelles chez la femme jeune.

Deux facteurs interviennent directement sur le choix de la thérapeutique :

- le type et le degré des lésions organiques
- l'âge de la malade et son stade dans la vie génitale.

Il faut en effet opposer les problèmes qui se posent :

- Chez la femme jeune, en période d'activité génitale, victime des complications mécaniques de l'accouchement, ou du rare prolapsus aigu ;
 - Chez la femme d'âge moyen, ménopausée ou non ;
 - Chez la femme âgée enfin, qui refuse toute possibilité d'activité génitale. Encore faut-il ici se méfier des désirs mal exprimés.
- Suivant le type et le degré des lésions organiques, on pourra envisager plusieurs modalités opératoires : d'où la nécessité d'un examen pré-opératoire détaillé.

Il faudra apprécier :

1° Le degré du prolapsus par déroulement de la paroi vaginale antérieure, qui peut affecter diverses modalités :

Quelquefois, il se traduit simplement par l'urétrocèle : lorsqu'on demande à la malade de pousser, on voit progressivement tomber derrière l'orifice urétral la paroi vaginale antérieure, en une saillie étroite, présentant des stries transversales, mais strictement limitée à une petite partie de cette cloison antérieure, le bas-fond vésical n'est pas affecté par le prolapsus .

A un degré de plus, ce bas-fond vésical suit la descente de l'urètre ; il s'agit alors d'une masse plus volumineuse, faisant saillie hors de l'orifice vulvaire, prolongeant l'urétrocèle : c'est la cystocèle.

Lorsque le col atteint la vulve, la paroi antérieure du vagin s'exteriorise en un prolapsus total antérieur.

Quelquefois, on peut constater l'existence d'une cystocèle isolée : il s'agit alors d'une saillie vulvaire lisse, respectant la partie la plus inférieure de la paroi vaginale antérieure - celle qui correspond à l'urètre - cette saillie est limitée en arrière par un sillon net, et par un petit sillon antérieur, qui souligne le fait que la partie inférieure du vagin au niveau de l'urètre n'a pas suivi le déroulement de la cystocèle.

2° Le degré du déroulement de la paroi vaginale postérieure :

La cloison recto-vaginale peut se dérouler de façon plus ou moins complète, réalisant la rectocèle.

Ce déplissement de la cloison postérieure s'effectue de bas en haut, et reste à la partie inférieure au contact même de l'orifice vulvaire.

En présence de cette saillie postérieure du vagin, isolée ou associée à une cystocèle, il importe de préciser s'il s'agit d'une rectocèle vraie, ou si cette cloison recto-vaginale n'est pas dédoublée par une descente anormale du cul-de-sac péritonéal de Douglas (elytocèle), dans lequel viennent faire saillie des anses intestinales.

La recherche de ce phénomène peut être, ou facile ou très difficile : dans quelques cas, on pourra noter :

que la saillie s'arrête à une certaine distance au-dessus de la commissure vulvaire postérieure, dont elle est séparée par un sillon, et au-dessus de laquelle elle effectue un véritable capotage, dans quelques cas, la masse postérieure atteint un volume considérable, réalisant une énorme tuméfaction extra-vulvaire, lors des efforts de poussée, ou à la toux.

La réduction de cette masse est alors facile. Lorsqu'on demande à la malade d'effectuer une résolution musculaire, et qu'on refoule la tuméfaction, on peut alors constater souvent l'existence d'un gargouillement d'origine intestinale.

D'autres fois, la mise en évidence de ce dédoublement est infiniment plus difficile. C'est à l'exploration bidigitale, à l'aide d'un doigt intra-vaginal, et d'un doigt rectal, que l'on recherchera ce dédoublement, parfois caractérisé seulement par un "simple pincement", tout comme celui que l'on retrouve dans l'exploration de la vaginale pour les tumeurs des bourses.

Quelquefois, même, l'exploration clinique la plus minutieuse n'arrive pas à mettre cette anomalie morphologique en évidence, et c'est seulement au cours de l'intervention qu'on devra rechercher systématiquement cet état, car il justifie un traitement, si l'on ne veut pas exposer la patiente à des récurrences particulières de son prolapsus.

3° L'importance du prolapsus utérin lui-même :

- qui peut affecter divers degré, suivant que l'utérus descend nettement dans la cavité vaginale à la poussée, ou à la traction légère sur le col (premier degré) ; selon qu'il apparaît nettement à l'orifice vulvaire, (deuxième degré), ou qu'il est totalement extériorisé hors de la vulve, lorsque l'on demande à la malade de pousser (troisième degré).
- le repos au lit peut cependant souvent masquer l'importance du prolapsus utérin.
- les divers état que nous avons décrits, de la cystocèle, de la rectocèle, de l'élytrocèle, et du prolapsus utérin lui-même peuvent se combiner selon des modalités diverses.
- le déroulement d'avant en arrière de ces différents éléments est le fait des prolapsus par insuffisance de la sangle musculaire des releveurs.
- Ce type de prolapsus est le plus fréquent ; il survient après les traumatismes obstétricaux, et l'on verra généralement apparaître dans l'ordre : l'urétrocèle, l'urétrocystocèle, le prolapsus antérieur, le prolapsus total, suivant l'importance de la distension de la sangle musculaire du releveur de l'anus, et du hamac fibreux sous-vésical.

A l'opposé, on peut voir des prolapsus isolés par défaut des éléments de soutien de l'utérus : prolapsus utérin, isolé, ou par anomalie congénitale du Douglas.

Elytrocèle isolé, ou par anomalie de la cloison recto-vaginale : Rectocèle isolée.

Il est d'ailleurs classique d'opposer les premiers, ou prolapsus de faiblesse, aux seconds ou prolapsus de pulsion.

Mais, il ne suffit pas de préciser les caractères topographiques du prolapsus, l'examen clinique se doit également de rechercher les éléments de faiblesse et les modalités de la réparation chirurgicale d'une part, les possibilités de lésions gynécologiques associées, d'autre part, qui peuvent inciter à modifier la technique, ou à associer des gestes chirurgicaux ou médicaux complémentaires.

4° L'importance des dégâts musculo-ligamentaires associés sera donc recherchée :

- un examen clinique minutieux va apprécier l'état musculaire :
- En explorant la face latérale du vagin, on recherchera le bord interne des releveurs, et l'on explorera en arrière et en bas, leur mode de terminaison.

Normalement, on trouve entre 3 et 6 centimètres de l'orifice vulvaire, une saillie longitudinale se dirigeant obliquement en arrière, vers le cap anal et l'anus, surtout lorsqu'on demande à la patiente de rapprocher les genoux en s'opposant à ce mouvement.

Normalement, cette saillie épaisse est parfaitement repérée et réalise en arrière un véri-

table berceau résistant.

En cas de prolapsus, le rebord musculaire est souvent reporté en haut. Il peut être aminci, fibreux; parfois même le doigt qui explore est au contact osseux, sans avoir réussi à repérer le muscle.

L'asymétrie des lésions est pratiquement constante.

En arrière, la terminaison du releveur doit être précisée :

Le toucher rectal, combiné au toucher vaginal permet de mettre en évidence la disparition complète du releveur pré-anal : au lieu de repérer la sangle musculaire arrondie en berceau, on ne retrouve que la mince cloison recto-vaginale épaissie fortement en bas par le sphincter, et, latéralement, les fibres musculaires du releveur se terminent au contact du sphincter, réalisant avec lui deux encoches para-médianes.

C'est au cours de cette exploration, que le doigt rectal étant recourbé en avant, en direction du vagin, à la place de ce qu'occuperait le véritable noyau central du périnée on pourra apprécier en faisant pousser la malade le rôle d'arrêt joué par ce doigt intra-rectal dans le déroulement du prolapsus : on pourra ainsi préjuger de la valeur thérapeutique de la myorraphie des releveurs que l'on se propose de réaliser.

On recherchera également à connaître la mobilité de l'utérus :

Elle permettra, bien infidèlement d'ailleurs, d'apprécier la déficience des moyens de soutien ligamentaire de l'utérus.

La rétroversion permet d'apprécier le déficit

des ligaments ronds, et surtout, la descente utérine, la disparition de l'angulation utéro-vaginale, doivent faire suspecter un déficit important de l'appareil ligamentaire postérieur, déficit retrouvé après les accouchements dystociques.

5° On appréciera ensuite l'existence de lésions gynécologiques associées :

Et, quel que soit le type des lésions, l'examen gynécologique minutieux recherchera la possibilité de lésions des différents étages de l'appareil génital.

Au niveau de l'utérus, il faudra préciser :

- l'état du col, élément fondamental,
- le col utérin peut présenter des lésions inflammatoires ou trophiques, à type d'exo- ou d'endocervicite ; à type d'extropion ou même de lésions suspectes qui feront pratiquer, avant toute intervention, les examens habituels (Frottis et biopsie), pour dépister toutes néoplasie, et permettre les soins locaux pré-opératoires.

La découverte d'une néoplasie ferait passer le problème thérapeutique du prolapsus au second plan.

Deux types particuliers d'anomalies du col nous retiendront par l'intérêt qu'elles prennent au cours de l'intervention.

C'est, d'une part, l'allongement hypertrophique du col : il s'agit d'une lésion fréquente dans les prolapsus par déroulement : la partie endo-vaginale du col, particulièrement la lèvre antérieure, est volumineuse, remplissant une partie de la cavité vaginale. Elle justifiera souvent l'amputation complémentaire du col, au cours du traitement du prolapsus.

L'allongement atrophique du col :

Cette transformation du canal cervical est surtout le fait des femmes âgées.

Elle est réalisée essentiellement aux dépens de la partie sus-vaginale du col, et elle constitue une difficulté, et quelquefois une surprise par son étendue au cours de l'hystérectomie vaginale, car le canal cervical peut présenter une longueur considérable représentant les deux tiers, et plus, de la hauteur totale de l'utérus.

Le toucher vaginal, permettra d'apprécier l'état morphologique du corps utérin:

C'est ainsi que l'on peut constater l'existence possible d'un fibromyome. Des examens complémentaires seront pratiqués à la moindre anomalie, et en particulier, à l'occasion de méno ou de métrorragies. L'état anatomique de la cavité endo-utérine sera précisé par l'hystérographie et les frottis de dépistage.

Plus fréquent est à considérer le vice d'attitude de l'uterus dans son ensemble, qu'il s'agisse de rétroflexion ou de rétroversion, deux conditions particulièrement importantes à différencier, car elles justifient des sanctions thérapeutiques précises.

Au cours de l'examen clinique, on pourra apprécier éventuellement l'existence d'anomalies au niveau des annexes, anomalies salpingiennes ou ovariennes, qui peuvent justifier, elles aussi, des explorations et des thérapeutiques appropriées.

On cherchera aussi à apprécier la valeur trophique de la muqueuse vaginale, et l'examen

clinique permettra parfois, surtout chez la femme après la ménopause, de constater l'existence d'une dystrophie des tissus, dystrophie évidente au niveau de la muqueuse, mais qui peut toucher l'ensemble des tissus pelviens. Cette constatation pouvant justifier l'emploi d'une thérapeutique oestrogénique pré-opératoire de quelques jours.

Au niveau de la cavité vaginale, on notera toute leucorrhée anormale. L'existence d'une surinfection vaginale sera étudiée et traitée avant l'intervention.

On appréciera l'état des systèmes sphinctériens :

Les troubles de la continence anale, surtout aux gaz, ne sont pas exceptionnels chez la femme jeune, après un accouchement compliqué.

L'incontinence urinaire, surtout à l'effort est fréquente chez la femme âgée avec prolapsus notable.

On aura précisé, par ailleurs, par un interrogatoire minutieux, la date d'apparition, l'ancienneté des symptômes, et surtout, la recherche d'une étiologie obstétricale et gynécologique.

L'interrogatoire précise en effet, dans presque tous les cas, l'existence d'antécédents obstétricaux.

La patiente, a, en effet, présenté un ou plusieurs accouchements, dont le caractère traumatisant est fréquemment retrouvé.

Il s'agissait, selon les cas, de l'accouchement de très gros enfants, de présentation atypique (présentation du siège), d'accouchement ayant nécessité des manœuvres obstétricales

pour traiter une dystocie : application de forceps à la partie haute de l'excavation, avec rotation et traction importantes, version et grande extraction du siège, manoeuvres qui ont une fâcheuse réputation quant aux dégâts qu'elles peuvent réaliser, non seulement sur les éléments de soutien musculaires du périnée, mais encore sur l'appareil ligamentaire de soutien de l'utérus.

On retrouve parfois la notion de déchirure périnéale : non pas la simple périnéotomie bien suturée, avec une cicatrisation rapide et correcte, mais bien plutôt une déchirure étendue, ayant lésé non seulement la peau, mais encore la muqueuse vaginale (éclatements vaginaux), la musculature avec atteinte des releveurs, parfois mal ou non suturés ; nous ne parlerons pas, bien entendu, de la déchirure du sphincter anal, ou de la lésion périnéale propagée au rectum.

Il faut insister sur l'importance d'avenir de ces déchirures du périnée, d'apparence minime pour la patiente ou même le médecin et qui cachent des dégâts musculo-muqueux importants, et font l'objet d'une réparation insuffisante.

L'interrogatoire pourra d'ailleurs nous instruire sur l'existence d'une désunion post-opératoire.

À la suite de ces désastres obstétricaux, la patiente a pu subir divers traitements médicaux ou chirurgicaux, dont il conviendra de préciser le type et la tolérance.

Elle a pu subir une périnéorrhaphie superficielle secondaire.

Elle aura pu se voir infliger, alors que le col utérin apparaissait à la vulve dans les

mois qui ont suivi l'accouchement, une "hystéropexie isthmique".

Nous ne saurions trop insister sur le caractère regrettable de cette intervention, isolée ou associée à la périnéorraphie, et qui peut être source de douleurs abdomino-pelviennes, de dysurie, de récidives particulières de prolapsus, et même de dystocies.

On aura pu proposer à la patiente le port d'un pessaire. Il conviendra alors de reconnaître les résultats de ce traitement, de constater les signes d'intolérance totale ou l'échec de cette thérapeutique, particulièrement dans l'amélioration des troubles fonctionnels.

6° L'état général de la malade doit enfin être précisé :

La cure chirurgicale des prolapsus ne représente généralement pas un traumatisme opératoire considérable.

Toutefois, il y aura lieu de pratiquer un examen clinique pré-opératoire portant plus particulièrement sur l'appareil circulatoire (auscultation cardiaque, prise de la tension artérielle ; électrocardiogramme au moindre doute), et surtout examen minutieux de l'état veineux.

L'existence d'atteinte variqueuse des membres inférieurs est fréquente. Elle peut s'associer à des lésions hémorroïdaires.

L'existence de thrombose du post-partum peut être mentionnée dans les antécédents.

Il s'agit là de deux facteurs qui peuvent justifier une mobilisation active dans les suites opératoires, et éventuellement, un traitement anti-coagulant systématiquement pratiqué

au bout de quelques jours.

Comme avant toute intervention, on ne manquera pas de se renseigner sur l'existence possible de troubles de la coagulation sanguine.

On demandera les examens habituels de la fonction rénale, tout en sachant que le retentissement rénal des prolapsus par élongation urétérale est un fait très exceptionnel.

On examinera les malades au point de vue pulmonaire, et on recherchera notamment l'existence de toux ; au point de vue abdominal et vésical, et il ne faut pas se laisser abuser sur l'origine des troubles urinaires et les attribuer systématiquement au prolapsus, sans avoir fait un examen cyto bactériologique des urines, une cystoscopie, et une urographie intra-veineuse, si à la pollakiurie et à l'incontinence, s'associent des signes de cystite vraie et des urines troubles.

Dès lors, seront réunis tous les éléments nécessaires à une décision opératoire.

Les méthodes thérapeutiques :

Elles sont nombreuses et se sont enrichies récemment de techniques nouvelles, mais se résument en fait :

1° A des interventions par voie basse :

La périnéorrhaphie antérieure classique, qui tend à supprimer la paroi vaginale antérieure distendue et superflue.

qui tend à réduire la cystocèle en refoulant la vessie, en fixant ou non l'atmosphère cellulaire pré-vésicale à la face antérieure du col utérin.

La périnéorrhaphie postérieure classique, qui vise à réduire le rectocèle au prix d'un sacrifice minime de la paroi vaginale postérieure, et que l'on complète habituellement par une myorrhaphie des releveurs et des aponévroses périnéales, afin de rétablir un plancher périnéal.

Cette myorrhaphie doit être serrée, mais non restrictive.

Ce temps est le temps délicat de l'intervention ; il demande prudence opératoire surtout en cas de cicatrices antérieures.

L'amputation du col utérin, infra ou supra-vaginale :

Quelquefois, des translations ligamentaires, comme celle des ligaments utéro-sacrés en avant de l'isthme utérin.

Des interpositions, comme celle de Halban, interposition utérine inter-vésico-vaginale.

Enfin, les colpectomies type Müller ou Le Fort, consistant en un cloisonnement vaginal avec ménagement de gouttières pour l'évacuation des sécrétions.

2° A des interventions par voie haute :

Hystéropexies que l'on peut faire :

- ligamentaire, type Doleris ou Dartigues
- isthmique, à la paroi
- isthmique ou corporéale au disque L5-S1, avec soigneuse péritonisation des gouttières latérales ainsi créées.

Cloisonnement du Douglas, qui a quelques in-

dications.

Bien d'autres méthodes ont été proposées ;
Nous rappellerons :

- Les vésico-fixations,
 - L'intervention de Pestalozza,
 - Les interventions complexes,
- par voie basse :

- 1/ opération de Futhergill et Hunter, dite
de Manchester
- 2/ opération de Magendie ;

Pour les éliminer, compte tenu de leur
risque de plicature urétérale, ou de leur
résultat lointain discutable, compte tenu
de leur complexité.

Toutes ces interventions seront plus ou
moins associées, plus ou moins jumelées,
suivant le type anatomique des lésions .

La périnéorrhaphie antérieure est pratique-
ment toujours nécessaire ; il est toujours
nécessaire de la bien faire, car c'est là le
siège habituel des récidives.

Encore peut-on la discuter quelquefois,
s'il s'agit d'un prolapsus postérieur de dé-
roulement, isolé, "de pulsion"

La périneorrhaphie postérieure peut être
négligée :

s'il s'agit d'un prolapsus antérieur isolé,
de pulsion ;

si les releveurs sont normaux ;

si le noyau fibreux périnéal est solide, ce
qui est rare disons-le.

Le traitement des lésions sphinctériennes ne se discute pas, sauf dans ses modalités techniques.

On envisagera enfin la chirurgie des incontinences :

En cas de lésion sphinctérienne anale, il faut repérer soigneusement le sphincter, après dissection soignée de ses fibres.

En cas d'incontinence urinaire, on pourra discuter l'association au traitement propre du prolapsus, d'une intervention type Marion visant à assurer un meilleur fonctionnement du sphincter vésical, voire même une cervico-cystopexie, voire une plastie des pubo-coccygiens (Ingelmann-Sundberg), ou une suspension aponévrotique du col vésical de Goëbel-Stoeckel.

Ce qui demeure question d'école c'est :

- d'une part, le traitement de l'allongement du col utérin, systématique pour certains;
- d'autre part, le traitement des rétroversions utérines associées.

Par contre, on tend de plus en plus à associer aux périnéorrhaphies par voie basse, chaque fois qu'il y a un notable prolapsus utérin, une hystéropexie.

Chaque fois que l'état de la malade le permet, cette "périnée-pexie" est un indiscutable facteur de confort ultérieur, et limite notablement les récidives.

S'il est aisé de prendre une décision technique basée sur l'aspect des lésions organiques, il est parfois malaisé de prendre une décision opératoire mettant en jeu des facteurs humains, et l'acceptation de la malade.

Il est des cas où il faut sûrement s'ab-
stenir de tout traitement chirurgical :

Il s'agit :

- des femmes très âgées, où le risque vital est indiscutable,
- des prolapsus minimes chez la femme jeune désirant une ou plusieurs maternités. La possibilité, de grossesse ultérieure peut, en effet, soit détruire les résultats de la cure chirurgicale, soit, si l'on n'a pas opéré, aggraver le prolapsus, que l'on traitera ultérieurement.

Lorsque l'importance du prolapsus justifiera une attitude chirurgicale, on envisagera la possibilité d'une grossesse, avec les conséquences que l'accouchement peut avoir sur l'état périnéal. S'il s'agit d'une lésion périnéale mineure, une suture des releveurs, faite seulement selon les bords, pourra permettre dans les cas les meilleurs un accouchement, à la condition de prévenir les délâbrements périnéaux par une périnéotomie chirurgicale.

Il est des cas où il faut sûrement inter-
venir :

Il s'agit :

- des prolapsus extériorisés de la femme âgée ;
- des prolapsus s'accompagnant de lésions sphinctériennes (incontinence d'urines), surtout s'ils ont un retentissement psychique, chez la femme jeune notamment ;
- des prolapsus aigus enfin.

Dès lors la discussion peut être rangée dans des cadres différents :

1° Le cas habituel de la femme d'âge moyen ménopausée.

Dans un premier groupe de cas, il faut envisager les prolapsus associés à des lésions organiques utérines ou annexielles, nécessitant hystérectomie ou laparotomie.

Il convient alors de faire une périnéorraphie antérieure et postérieure, puis une hystérectomie avec fixation utérine :

- soit des pédicules vasculaires utérins aux moignons du ligament rond,
- soit d'un éventuel col restant indemne au disque.

Le problème est le même en cas de prolapsus sur col restant.

Habituellement, le prolapsus est pur, et les organes génitaux normaux :

on a alors le choix entre deux ordres d'association :

- chez la femme en bon état général : périnéorraphie basse classique, avec ou sans myorraphie des releveurs ;

hystéropexie par voie haute, isthmique ou discale,

que l'on peut remplacer par un cloisonnement du Douglas, si celui-ci est profond et douloureux.

- chez la femme à qui on ne veut pas imposer une laparotomie :

Intervention par voie basse, associant par

exemple :

- une périnéorraphie antérieure;
- une amputation supra-vaginale du col ;
- une fixation pré-cervicale des ligaments utéro-sacrés.

Et quelquefois, une interposition vésico-vaginale de l'utérus (opération de Wertheim-Schauta).

Rappelons qu'en cas d'importante urétrocèle, on peut associer au cours de la périnéorraphie antérieure une réfection artificielle du ligament sous-urétral à la Marion.

Enfin, lorsqu'on veut faire au minimum, on peut se contenter d'une périnéorraphie antérieure et postérieure, avec myorraphie des releveurs, intervention efficace et peu choquante.

2° Chez la femme d'âge moyen, non ménopausée

Il faut se rappeler qu'une maternité est toujours possible, et qu'une périnéorraphie correcte à cet âge, impose la césarienne en cas de grossesse.

Ce ne sera que sur la demande expresse, écrite, des deux partenaires, et en cas de prolapsus important avec lésions sphinctériennes ou retentissement psychique, que l'on sera autorisé à envisager une intervention par voie mixte avec castration chirurgicale.

3° Chez la femme jeune :

Certaines jeunes femmes, ayant un prolapsus minime, et désirant une nouvelle grossesse, veulent envisager la maternité avant le traitement du prolapsus. C'est une solution à laquelle il faut souscrire, à deux

conditions :

La première est de les remettre pour leur accouchement entre les mains d'un obstétricien qualifié ;

La deuxième est de les convaincre de la nécessité de la cure du prolapsus après l'accouchement :

Dans d'autres cas, la cure chirurgicale du prolapsus s'impose, et alors de deux choses l'une :

- ou bien le prolapsus est très important, avec dégâts sphinctériens :

Il faut faire une cure complète : périnéorraphie : par voie basse avec myorraphie. Réfection sphinctérienne soigneuse. Eventuellement ligamentopexie par voie haute,

et prévenir de la nécessité d'une césarienne au prochain accouchement ;

- ou bien le prolapsus est moyen, mais gênant, et il faut faire une cure réservant des possibilités d'accouchement par voie basse, c'est à dire :

- une périnéorraphie antérieure complète,
- une parinéorraphie postérieure suffisante,
- une myorraphie lâche,
- et éventuellement, une ligamentopexie haute.

et prévenir alors la malade :

- de la nécessité d'éviter une grossesse avant 4 à 5 mois,
- de la nécessité de s'en remettre à un accoucheur prévenu des difficultés possibles, que l'on mettra en possession d'un compte rendu opératoire précis.

- Dans tous les cas, la voie haute reste discutable :

. car on ne peut faire qu'une ligamentopexie moins sûre qu'une hystéropexie,

. car cette partie de l'intervention peut gêner la réalisation d'une césarienne ultérieure, et laisse, en tout état de cause, une paroi abdominale affaiblie.

4° Chez la femme âgée, refusant toute activité génitale :

Il faut se souvenir cependant que cette renonciation n'est pas toujours fonction de l'âge ; très souvent, des considérations sociales ou affectives (deuil sévère, veuvage, sénilité du conjoint), ont guidé ainsi des malades ayant à peine dépassé la quarantaine ;

Parfois, au contraire, certaines malades âgées reviennent sur leur décision, et l'on connaît le cas de malades, qui, plusieurs années après une intervention "obturatrice", ont demandé la création de ce qu'il faut bien appeler un néo-vagin.

Il est donc prudent d'observer les deux principes suivants :

1° demander, à tous les âges, et dans tous les milieux, si la malade accepte bien la renonciation à toute vie génitale

2° lui expliquer que le geste chirurgical est irréversible, il faut bien le dire.

Les troubles fonctionnels sont l'argument majeur de la décision opératoire ; car entrent peu en ligne de compte la sensation d'inconfort, la gêne à l'effort, la gêne possible à la marche, la pesanteur pelvienne ou les tiraillements lombaires. Il s'agit essen-

tiellement des troubles urinaires à type d'incontinence, incontinence à l'effort, ou incontinence orthostatique, pollakiurie avec trois ou quatre crises de "cystite" annuelles.

Insistons également sur le fait que bien des malades consultent pour la première fois en automne ou en hiver, au lendemain d'une grippe ou d'un épisode bronchitique.

Et il faut insister sur le rôle des affections obligeant à tousser et à pousser, dans l'accentuation d'une symptomatologie fonctionnelle que quelques jours de repos amenderont certainement.

Il est des malades à qui on peut déconseiller une intervention :

- De toute évidence, une sénilité trop avancée, un diabète grave, une cardiopathie, une pneumopathie chronique, sont les contre indications les plus précises, les plus incontestables, dans une affection dont il est démontré, que, livrée à elle-même, elle n'a pratiquement jamais tué une malade.

- Beaucoup plus délicats à apprécier sont les cas "limites" où le prolapsus est à peine esquissé, où les troubles fonctionnels (incontinence), sont apparus à la suite d'une bronchite récente, d'un effort prolongé, et où ils cèdent vite au repos. Il s'agit souvent de ménagères surmenées, qui ont encore, la soixantaine passée, un métier pénible.

- De toutes façons, les pansements locaux, l'utilisation modérée des oestrogènes, surtout locaux, et le port du pessaire annulaire, pourront améliorer ces malades.

- Le pessaire ne sera déconseillé que chez les diabétiques.

- Toutes les autres malades peuvent s'en accommoder avec quelques directives bien simples : un jeu de trois pessaires ; changement tous les huit à dix jours, avec un jour de repos, et soins locaux.

- Examen des parois vaginales et du col tous les trois mois.

- Si l'intervention paraît avec ses risques normaux, acceptable, encore faut-il connaître une sorte d'échelle d'importance, ou de gravité, certes dépendant de la résistance générale supposée des malades, et c'est dire que l'on portera un soin tout particulier aux modalités de l'anesthésie, de la réanimation.

- Il faudra également pratiquer une très soigneuse préparation locale, à base de désinfection, de repos, préparation qui permettra d'intervenir sur une muqueuse normale, souple, non oedématisée, non cartonnée. Cette préparation peut demander des semaines, et ne représente en aucun cas du temps perdu.

On connaîtra les méfaits de la néfaste "purgation" pré-opératoire, ainsi que ceux de la "constipation" post-opératoire sous opiacés.

On saura que l'anesthésie locale ou locorégionale, très tentante chez une femme âgée ne comporte pas de réels avantages sur l'anesthésie générale,

que le lever précocé, le lendemain, est toujours réalisable sans dommages, et qu'il est une des armes préventives les moins contestables des thromboses veineuses.

Les modalités opératoires sont variables :

1° Dans les colpectomies subtotaies, l'utérus est conservé, cependant qu'un couloir nous l'avons vu, assure tout de même, l'écoulement de ses sécrétions possibles, couloir médian sous-urétral dans le procédé de Labarth, deux petits couloirs latéraux dans le procédé de Le Fort.

On accuse celui-ci d'accentuer les troubles d'incontinence, ou même de les révéler, s'ils sont absents.

Il est facile par quelques modifications techniques d'éviter ces inconvénients. Il s'agit au total d'intervention de petite importance, s'accommodant du lever précoce, donnant de bons résultats constants, avec un pourcentage vraiment minime de récidives. On peut les conseiller à toutes les malades.

2° Dans les colpectomies totales :

qui dérivent toutes de l'ancien procédé de Müller, l'oblitération du vagin, par adossement de ses parois cruentées, est totale, complète, absolue, et ne semble pas devoir être utilisées sur un utérus resté en place.

l'hystérectomie vaginale doit toujours précéder la colpectomie totale. Il s'agit en somme d'un geste chirurgical peut-être un peu plus important, qui ouvre sans doute pendant quelques minutes la cavité péritonéale, mais qui en pratique (procédé de Stabile), ne connaît pas de récidives. Il pourrait être conseillé aux "bons cas" chirurgicaux, femmes maigres et sans tares.

3° Dans un troisième groupe de faits, il s'agit de malades qui ont vu survenir leur prolapsus après hystérectomie, souvent sub

totale, ou bien, il s'agit de malades déjà opérées pour un prolapsus, et on a alors affaire à une récurrence.

4° On pourra également faire une périnéorraphie avec myorraphie serrée.

Quelle que soit la technique opératoire employée, et l'association opératoire employée, les mêmes précautions s'imposent :

- ces malades doivent être préparées avant l'intervention :

. localement : il faut s'assurer de l'absence d'infection, et s'il existe des lésions infectieuses ou ulcératives, imposer le repos jusqu'à guérison.

Si la muqueuse vaginale paraît en mauvaise trophicité, on peut donner, nous l'avons déjà vu, quelques oestrogènes locaux pré-opératoires.

Enfin, une soigneuse préparation de désinfection et de détersion locale doit être faite dans les trois ou quatre jours précédant l'intervention.

Le rectum doit être vide ; les urines doivent être claires, la vessie vide.

Enfin, la vérification systématique :

du taux d'urée
de la glycémie
du taux de prothrombine, sont indispensables.

En post-opératoire, il faut :

Assurer l'évacuation de la vessie, toujours

parésiée, par une sonde à demeure laissée deux à trois jours.

Eviter tout effort, et notamment :

la toux
la marche trop précoce.

Il faudra également surveiller le taux de prothrombine.

Les soins locaux enfin, doivent être faits par une infirmière qualifiée, et la cicatrisation locale surveillée. Elle est en règle bonne.

Les résultats : sont satisfaisants et fonction de la précision des indications thérapeutiques, et de la trophicité tissulaire des malades.

Les infections locales et les hématomes se résolvent sans lendemain avec un traitement approprié, et les retards de cicatrisation ne préjugent pas du résultat final.

La récidive : reste le gros écueil, surtout chez la femme jeune, qui, malgré les conseils donnés, a des grossesses répétées.

Quelquefois, devant des contre indications opératoires formelles, il faudra recourir au :

Traitement médical.

Les pessaires, que nous avons déjà vus, peuvent rendre de grands services. Ils sont utilisables dans tous les cas où la paroi vaginale antérieure n'est pas déroulée en entier, et où il existe un plancher périnéal pour les appuyer. Il faut employer un pessaire de Dumontpallier, anneau de caoutchouc souple, n° 7, généralement suffisant.

La muqueuse vaginale doit être traitée, le pessaire changé une ou plusieurs fois par mois.

Les hystérophores sont classiques :

Ces appareils consistent en une tige, dont l'extrémité supérieure, en cupule, soutient le col, dont l'extrémité inférieure, plane, est soutenue par une ceinture.

Le traitement général est essentiel, particulièrement lorsqu' existent des troubles urinaires.

Et si l'infection urinaire est isolée, les cures de sulfamides spécialisés, Rufol, Gantrisine, peuvent faire beaucoup mieux que la colporraphie.

Les acidifiants urinaires sont bien connus :

L'acide phosphorique, associé ou non à des amphétamines, ou à de l'acide ascorbique et des sels de calcium, peut être donné par cures de deux semaines par mois, avec des résultats souvent favorables.

Les sels d'ammonium, mandélate, chlorure, sont moins actifs.

La vitamine E, à condition d'être administrée à fortes doses (cinquante milligrammes par jour, vingt jours par mois), a un effet extrêmement intéressant sur les incontinences orthostatiques d'urines. Elle n'a pas que des succès. Mais elle guérit certaines malades, chez qui d'autres médications, telles que physiothérapie, strychnine, n'avaient pas eu de succès.

Si bien que, dans tous les cas d'incontinence orthostatique d'urines, (diagnostic

d'élimination après examens complets), le traitement médicamenteux acidifiant, et vitamine E, doit être essayé loyalement et l'opération proposée seulement après échec de ces moyens.

Les traitements locaux :

Consistent essentiellement à agir sur la trophicité de la muqueuse vaginale ;

Sous l'action de l'éthinyl-oestradiol en administration vaginale, les glandes endo-cervicales après castration ou ménopause, se remettent à sécréter une glaire.

La muqueuse exo-cervicale recouvre sa charge en glycogène et prend le lugol.

Les muqueuses vaginales deviennent épaisses, plissées et leur structure histologique se modifie en même temps que la desquamation de cellules superficielles reprend ; les muqueuses vulvaires retrouvent un relief perdu tout en restant longuement d'aspect modifié par la sénescence.

En même temps que s'accroît la charge en glycogène du col et du vagin, les métabolites acides du glycogène abaissent le pH vaginal qui redevient acide.

Par voie de conséquence, la flore vaginale normale peut se développer de nouveau, et l'ensemencement par le bacille de Doderlein élimine une des causes les plus importantes des vaginites séniles.

Or, l'amélioration de la vaginite est souvent accueillie comme une guérison par les malades ; le prolapsus subsistant ne les gêne plus.

L'administration d'oestrogènes à titre pré-opératoire, pour intervenir sur des muqueuses en bon état, fait, de temps à autres, disparaître une candidate à l'opération, qui se sent guérie.

Le traitement oestrogénique ne sera jamais donné par la bouche, ou en injections parentérales, que la femme soit hystérectomisée ou non, sauf en milieu très spécialisé, où l'on a l'habitude des doses. Le produit employé est l'éthinyloestradiol.

Il sera donné par voie vaginale, sous les deux formes principales :

comprimés gynécologiques, endo , à 25 gammas,

ovules à l'éthinyloestradiol, à 100 gammas.

L'administration d'éthinyloestradiol par voie vaginale, ne modifie que très faiblement l'aspect de l'endomètre, beaucoup moins que par voie buccale, (l'endomètre réagit pourtant faiblement à l'éthinyloestradiol per os, une dose de 400 à 500 gammas étant nécessaire pour déterminer une hémorragie de privation, et les doses-castration utiles étant de 200 gammas par mois, en 20 jours).

Il n' a jamais été observé d'hémorragie utérine d'origine thérapeutique.

Les prescriptions habituelles (M. ROBERT),
sont :

- soit trois ovules par semaine, deux semaines de suite, pendant deux mois ;
- soit un comprimé dix jours de suite, puis un arrêt de dix jours, et un nouveau traitement de dix jours.

Ensuite, on se basera sur l'aspect des muqueuses et l'existence de la glaire cervicale, pour continuer le traitement à des doses plus espacées, car l'éthinyl-oestradiol s'accumule ; par exemple, un comprimé trois fois par semaine, une semaine sur deux.

Le bilan sera établi après six à huit semaines de traitement. Bien des indications opératoires seront révisées au bout de ce délai, et, parmi les patientes à opérer, certaines échapperont à la chirurgie, ce qui est un des buts des chirurgiens, car, "c'est une grande sagesse que de savoir ne pas opérer, lorsque c'est inutile".

CONCLUSIONS

-:-

On peut donc, en matière de traitement des prolapsus, résumer le choix d'une méthode de la façon suivante :

1° Femme jeune désirant d'autres maternités:

S'assurer que sont réparés les délâbrements importants dûs à l'accouchement (déchirure du sphincter anal par exemple). Pour le reste, bien peser les nécessités opératoires.

On peut se contenter de traitement médical, associant gymnastique spécialisée, entretien de la trophicité de la muqueuse génitale par oestradiol local, solutions acides en injection ; fortes quantités de vitamine E.

S'il faut tout de même opérer, quelquefois après avoir pris l'avis d'un spécialiste en psychothérapie, refaire le périnée postérieur qu'une épisiotomie ultérieure suffira à diviser. Associer si on veut une hystéropexie avec cloisonnement du Douglas.

Se méfier de l'opération complète, qui est plus souvent qu'on ne le croit, élément de dyspareunie ou de dystocie.

2° Femme renonçant aux maternités, mais conservant une vie génitale normale :

- prolapsus du 1er et 2ème degré : la triple

opération. La méthode française est couramment proposée. Mais l'opération par voie basse, type Manchester, est également défendue.

- prolapsus du 3ème degré : hystérectomie vaginale avec suspension du vagin.

3° Femmes renonçant à la vie génitale :

Colpectomie avec périnéorrhaphie (Müller - Bergeret);
Colpohystérectomie de Rouhier ;
Cloisonnement type Le Fort et variantes.

Enfin :

On doit penser à éviter l'apparition du prolapsus. La pratique de l'accouchement dit sans douleur, ou plutôt sans crainte, diminue le nombre des déchirures brutales.

La reconstitution exacte des plans périnéaux après épisiotomie, la poursuite d'une gymnastique abdomino-pelvienne, constituent un véritable traitement prophylactique des prolapsus.

-:-

Vu :

Le Président

Signé : P. FUNCK-BRENTANO

Vu :

Le Doyen :

Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : JEAN SARRAILH

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-:-:-

AMREICH J.

Etiologie et opération du prolapsus
du moignon vaginal.

Wien Klin Wschr. 2 février 1951, (63,
n° 5, 74-77)

ALTHABE O.M.

Résultats de l'opération de Fothergill
dans le traitement du prolapsus géni-
tal

Prensa Med. Arg. 27 déc. 1939 (T. 6,
n° 52, pp. 2.533-2.547)

BRADY L.

Défense de l'opération de l'interposi-
tion

Am. J. Obst. Gyn. Nov. 1948, (56, n° 5,
939-943)

BUCHMANN E.

Traitement non opératoire du prolap-
sus de l'utérus

Zbl. Gyn. 1952 (74, n° 20, 792- 796,
6 fig.)

BACH et WINKLER H.

La gymnastique et le massage en pério-
de des couches comme prophylaxie de la
descente de la matrice et du vagin.

Deutsche Zschr. Chir. 1943, (257)

CLEUET R.

Le syndrome de fausse ptose génitale.
C.R. Soc. Franç. Gyn. déc. 1951, (21,
n° 9, 394-395)

BALLADE R. et TREVOUX R.

L'hystéropexie par lambeaux aponévrotiques.
Presse Médicale, 12.11.1952 (60, n° 72
1.534)

COLDEFY J.M.

Cure radicale des gros prolapsus génitaux ; considérations sur 15 cas de colpohystérectomie vaginale avec adossement vessie-rectum.
Gynec. Obst. 1950 -(2, n° 3, 296-299)

COTTE C., GUILLEMIN et CAVAILHER

Le danger urétéral dans les interventions pour prolapsus.
Lyon Chirurgical - Juillet-août 1948
(43 - n° 4, 479-482, 2 fig.)

DELOR M.

De l'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans les prolapsus génitaux
Thèse Paris - 3 Mars 1944, (n° 39, p. 66)

DEMERS F.X.

Traitement du prolapsus génital chez l'hystérectomisée
Laval Méd. Juin 1950, (15, n° 6, 856-867, 2 fig.)

GAUTIER et SOULIER

Choc avec hyperthermie par hématome péri-péritonéal pelvien, après colpopérinéorraphie
Lille Chir. Janvier-Février 1951,
(6, n° 31, 40-42)

GEMELL A., PLACKETT L.

Spina bifida occulta et prolapsus chez les multipares (avec notes sur la fréquence de certaines anomalies du sacrum)

J. Obst. Gyn. Brit. Imp. Août 1948
(55, n° 4, 459-463)

HELD E.

Que vaut l'hystérectomie vaginale dans les opérations pour prolapsus
Gynecologia Juill. 1950 (130, n° 1-22-30)

INGELMAN, SUNDBERG A.

Réparation plastique extra-vaginale du plancher pelvien pour prolapsus du col de la vessie
Gynécologia Avril 1947, (123, n° 4, 242-254, 10 fig.)

KÄUFFLER R.

Indications et résultats de l'opération par interposition.
Arch. Gyn. 20 Nov. 1942, (174, n° 2 329-350)

KELLER R.

Troubles de la dilatation du col et spasmes dans l'accouchement compliqué de prolapsus avec hypertrophie du col
Rev. Franç. Gyn. Obst. Mars Av. 1949, (44, n° 3, 73-81, 4 fig.)

LARTIGAUD E.

Fibrome et prolapsus. Traitement chirurgical.
Sem. Hôp. Paris, 18 Juin 1950 (n° 45, 2169-2172)

LEGER B.

La place de l'opération de Halban dans le traitement des prolapsus génito-

vésicaux

Thèse Paris, 23 mai 1944 (p. 79).

MAGNIN P.

Conséquences obstétricales des réfections chirurgicales du périnée
Gyn. Obst. Suppl. 1949 (I, n° 2, 151-158)

PERRIN J., ROMAN C.

Dilatation bilatérale urétéro-pyélo-calicielle par prolapsus génital.
J. Urol. 1948 (54, n° 9/10, 473-474)

ROUHIER G.

Traitement des prolapsus utéro-vaginaux
Semaine Hôpitaux Paris, 18 Octobre, 1951, (27, n° 77, 3 019 - 3 032, 16 fig.)

SCHMITT W.

Prolapsus vésical presque total chez un nourrisson du sexe féminin. Reposition - guérison.
Zschr. Urologie 1950 (43, n° 1/2 - 64-70, 6 fig.)

SENARCLENS (F. de)

La rachianesthésie en selle pour les opérations de prolapsus
Gynécologia Déc. 1949 (128 - n° 6, 401-405)

SHAW W.

Opération vaginales pour cystocèle, prolapsus de l'utérus et incontinence
Surg. Gyn. Obst. Janv. 1949, (88, n° I 11-12, 24 fig.)

SHIRODKAR V.N.

Rapport sur le traitement du prolapsus utérin, et modification de la technique de l'opération de Fothergill, ou de Manchester

C.R. Soc. Franç. Gyn. Fév. 1952
(22, n° 2 99-101)

SURRACO L.A., et LOCKHARD J.

Le traitement de certaines formes d'incontinence d'urines chez la femme.

Prensa Med. Argent. 10 mars 1950,
(37 - n° 10, 469-473)

TURPIN R. et BURPEE C.M.

Prolapsus de l'utérus associé au spina bifida et au pied bot chez les nouveaux nés

Amer. J. Ass. Child. Déc. 1943,
(66, n° 6, 627-628, 2 fig.)

VU NGOC HOAN

Les indications opératoires dans les différentes formes cliniques des prolapsus génitaux.

Thèse Paris 1952 (n° 78 - 99 p)

ANDERSON H.E.

Emploi clinique des oestrogènes dans le prolapsus utérin.

J.A.M.A. 13 Sept. 1958 (168, n° 2,
173-174)

ANSELMINO J.

Le traitement opératoire des prolapsus vaginaux après hystérectomie totale

Geburtsch. Frauenh. VI 1957, (17, n° 6,
501-505, 6 fig.)

BOURG R. et SCHOYSMAN R.

L'utéroccèle. Aspect particulier de

certain prolapsus génitaux.
Gynec. Obst. nov.déc. 1959 (11 -
n° 5,515-517, 3 fig.)

BRUTAR V.

Difficultés du coït après plastie
pour prolapsus chez la femme.
Gynecologia mars 1959, (147 - n° 3 -
147-152)

CONANT R.F., VALLEY G., WINCHESTER L.W. et
SILVERMAN F.

Prolapsus du col au cours de la gros-
sesses.
Amer J. Obst. Gyn Av. 1957, (73 -
n° 4 - 914-916)

GONES N.R., ALVES, PEREIRA J.F. et FADEL R.M.
Les suites post-opératoires des péri-
néorraphies.
An. Brasil Gyn. Juin 1959 (47 - n° 6 -
333-336)

LAMY M.

Cure chirurgicale des prolapsus gé-
nitaux par amputation du col, trans-
position et mise en tension des
ligaments de Mackenrodt et utéro-sa-
crés.
Thèse Paris 1957 (174 pages)

LEMGRUBER S. et LENGGRUBER I.

Notre expérience de la chirurgie du
prolapsus génital, et en particulier
de l'opération de Fothergill.
Rev. Gyn. et Obst. Nov. 57 (51 - n°
5 - 1361-1380 - 14 fig.)

MAC ELINTH W. et PAALMAN R.J.

Les complications dues au pessaire
dans le prolapsus de l'utérus.

Am. J. Obst. Sept. 1959, (78 n° 3
643-646)

MANN R.M. et HEPP J.A.

Prolapsus avec calculs de la vessie
Am. J. Obst. Gyn. Mai 58 (75 - n° 5 -
1066-1068)

MARCHAL G. et COHN R.

Procédé de suspension intra-pelvien-
ne du vagin par barrière de peau to-
tale dans le traitement du prolapsus
après hystérectomie
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1958
(10 - n° I - 65)

POILLEUX F., HOUDARD C. et BAUBION P.

Résultats et indications thérapeu-
tiques dans les prolapsus génitaux
après hystérectomie.
Mem. Acad. Chir. 1957 (83 - n° 23/24 -
736-746)

ROBERT H.

Du traitement médical des prolapsus
génitaux.
Rev. Prat. 13 av. 58 (8 - n° 10 -
1099-1101)

ROUX G. , MARCHAL G., BAUMEL H.

La réfection du fascia d'Halban
comme temps complémentaire de la col-
po-hystérectomie vaginale pour pro-
lapsus
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Av-Mai
1957 (9, n° 2, 185)

SALASC J.

Faut-il opérer les prolapsus des fem-
mes très âgées ?
Soc. Gyn. Obst. Av.Mai 1959 (11, n° 2
137)

STOCKLI A. et HOCHULI E.

Hydronéphrose et prolapsus génital
Gynecologia Nov. 1959 (148 - n° 5 -
313-318)

SUREAU Cl.

Quel traitement proposer à une femme
atteinte de prolapsus génital ?
Gaz. Med. France 10 septembre 57
(64 - n° 17 - 1425 - 1435)

PATERSON M.L., BARR W., MAC DONALD S.

Infection urinaire après colporra-
phie - fréquence, cause et prophyla-
xie
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. Juin 1960
-(67 - n° 3 - 394-401)

ROMAN C.

Les récidives de prolapsus après in-
tervention
Rev. Franç. Gyn. Obst. Sept. Oct.
1960 - (55, n° 9/10 - 635 - 644)

ARRIGHI L.A. et CALANDRA D.

Pourquoi les prolapsus récidivent-
ils?
Semana Med. 22 Juillet 1953 (60, n°
3106 , 105-106)

BRUNET S.

L'interposition vésico-vaginale de
l'utérus (ou opération de Watkins-
Schauta-Wertheim) dans la cure des
prolapsus génitaux
Thèse Paris -(Juin 53 - n° 670 -
55 p)

MESSNER A.

Résultats de l'opération pour prolap-
sus de Fothergill
Geburtsch-Frauhenh W 1954 (14 - n° 5 -
433 - 435)

SENTENAC M.

La triple opération périnéale dans
la cure du prolapsus génital. Bases
anatomiques et techniques opératoires
Thèses Bordeaux 1955

WILLIAMS G.A. et RICHARDSON A.C.

Transplantation de l'aponévrose du
grand oblique : une opération pour
le prolapsus du vagin consécutif à
l'hystérectomie
Amer. J. Obst. Sept. 52 - (64 - n° 3 -
552-558)

ARCE F.R.

La greffe cutanée enfouie (son em-
ploi dans le traitement chirurgical
du prolapsus génital)
An Brasil. Gyn. Nov. 54 - (38 - n° 5
299-306)

BERNASCHEK W.

Prophylaxie du prolapsus dans le
cadre de l'hystérectomie abdominale
totale
Zbl. Gyn. 1954 - (76 - n° 42 - 1876-
1878)

BOUDIN M.

Critique de l'opération avec inter-
position vésico-vaginale de l'uté-
rus dans la chirurgie des prolapsus
génétaux
Thèse Paris - Mars 1955 (n° 220 -
76 pages - 13 fig.)

CARDIA M., et RUELA P.

Anesthésie dans la chirurgie du pro-
lapsus génital
C.R. Soc. Fr. Gyn. 1955- (25 - n° 4
201-202)

DALSACE J.

L'hystérosalpingographie dans les prolapsus

C.R. Soc. Franç. Gyn. 1955 (25 n° 4 - 200-201)

MAGENDIE J.

Le traitement des prolapsus génitaux

J. Med. Bordeaux Sept. 1954 (131 - n° 9, 878-880)

ROUCHY R.

Indications et résultats du traitement des prolapsus génitaux.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1954 - (6 n° 3 - 324)

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--



